

# پدیده سلطه گری / سلطه پذیری Oppression در حرفه پرستاری و چگونگی مدیریت آن

محمدرضا دین محمدی<sup>۱</sup>، عباس هوشمند<sup>۲</sup>، محمدعلی چراغی<sup>۳</sup>، حمید پیروی<sup>۴</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۱/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۸/۱۶

## چکیده:

**زمینه و هدف:** سلطه گری/ سلطه پذیری به عنوان پدیده ای شایع در میان اغلب پرستاران در مسیر حرفه ای می تواند ریشه در ساختارهای تاریخی، فرهنگی- اجتماعی، سیاسی و اقتصادی هر کشور داشته باشد. هدف این مقاله نقد و تحلیل پدیده سلطه گری/ سلطه پذیری در ادبیات پرستاری و چگونگی مدیریت آن در حرفه پرستاری است.

**مواد و روش ها:** در این مطالعه مروری، واژه های سلطه گری/ سلطه پذیری، پرستار و پرستاری در بانک های اطلاعات علمی (Pub Med, CINAHL & Ovid) به شکل نظامند مورد جستجو قرار گرفت. در نهایت ۳۱ مقاله منتشر شده در دو دهه اخیر انتخاب و مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** این مطالعه ابتدا به واژه شناسی مفهوم سلطه گری/ سلطه پذیری، پیشینه تاریخی، ویژگی ها و پیامدهای آن پرداخته و در ادامه به معرفی مدل ها و نظریه های موجود، راهکارهایی پیشگیری و مدیریت این پدیده در محیط های کاری پرستاران می پردازد.

**نتیجه گیری:** وجود ساختارهای سلسله مراتبی در محیط های بیمارستانی شرایط مساعدی را برای بروز پدیده اپرشن فراهم می کند. حضور و تداوم این پدیده و پیامدهای آن اثرات جبران ناپذیری بر حرفه پرستاری، سازمان های کاری و به ویژه بیماران و کیفیت ارائه مراقبت می گذارد. اتخاذ راهبردهای عملی و موثر در قالب اقدامات حمایتی، آگاهی بخشی، آموزشی و تدابیر مدیریتی از سوی مسئولین و سازمان های مربوطه می تواند فضای سازنده ای خلق نمایند که وحدت و انسجام حرفه ای، خودباوری و توانمند سازی پرستاران را در پی داشته باشد.

**کلمات کلیدی:** سلطه گری/ سلطه پذیری، پرستار/ پرستاری، خشونت جانبی

<sup>۱</sup> - استادیار Ph.D، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان (نویسنده مسئول)، تلفن: ۰۹۱۲۳۴۱۱۹۰۸  
mdinmohammadi@yahoo.com

<sup>۲</sup> - مربی پرستاری MSc، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۳</sup> - استادیار Ph.D، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۴</sup> - دانشیار Ph.D، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

## مقدمه

ادامه به بررسی و نقد پدیده اپرشن و آثار و پیامدهای آن در حرفه با مرور مدل ها و راهبردهای موجود در ادبیات در زمینه چگونگی مدیریت این پدیده پرداخته و در نهایت به معرفی راهکارهای پیشگیری و مدیریتی این پدیده در محیط های کاری پرستاران پرداخته شده است.

## زمینه

فرهنگ مریام وبستر (۲۰۱۰) ورود واژه اپرشن به ادبیات را به دهه ۱۳۰۰ میلادی نسبت می دهد. این واژه از شکل لاتین میانه کلمه آپرسیون به معنای "سرکوب کردن" مشتق شده است. امروزه واژه اپرشن به دو شکل در فرهنگ لغات معنی می گردد، نخست به معنی "رفتار غیر منصفانه؛ نا عادلانه و ظالمانه" و بعد به معنای "احساس تحت فشار بودن، تنش روانی یا رنج و زحمت". بر این اساس، می توان استدلال کرد که استفاده غیر منصفانه و ناعادلانه از قدرت و اختیار، سرکوب کردن افراد یا گروه ها است و احساس بار و فشار روانی، سرکوب کردن روح و جان خویشتن است. در معنی اخیر، آپرشن کلمه ای با بار احساسی است که منجر به بروز معانی و تصورات ذهنی منفی می گردد (۳). نویسندگان واژه معادل سلطه گری/ سلطه پذیری را به این منظور انتخاب و در ادامه به جهت اختصار و زیبایی متن، واژه اپرشن بکار گرفته می شود.

اپرشن مجموعه ای از قید و بندها و محدودیت های مرتبط به هم است که با کم بینی، محدود کردن، و شکل دادن مردم، شرایط فرمانبرداری و اطاعت از دیگران را فراهم می نماید. اپرشن به عنوان تجربه ای که از الگوهای غالب عقاید یا ساختارها منشأ گرفته است با تمیز قائل شدن، هنجار نمایی و تداوم بخشیدن به مناسبات نابرابر و جزئیات نقش در درون نظام اجتماعی شکل می گیرد (۲، ۴، ۵). پدیده اپرشن محصول هنجارهای اجتماعی، قوانین و مفروضات پذیرفته شده است و برای تداوم آن، باید عدم تعادلی در قدرت نهادینه شده وجود داشته باشد. همچنین، برای تحت سلطه بودن نیز پیکربندی پیچیده ای از قدرت بین دو گروه سلطه گر و تحت سلطه لازم است. گروه تحت سلطه کسانی هستند که در ویژگی هایی چون جایگاه اجتماعی پایین، فقدان قدرت، استقلال پایین، محدودیت جنب و جوش، دسترسی محدود به منابع و دیگر محرومیت ها با یکدیگر مشترک می باشند (۲، ۶).

در مرور ادبیات علوم و دیسیپلین های مختلف تصویری از ویژگی ها، پیشایندها و پیامدهای اپرشن ظاهر می گردد. رفتار ناعادلانه، تنزل شأن انسانی و نادیده گرفتن حقوق انسانها از ویژگی های اپرشن هستند. رفتار ناعادلانه همواره برای افراد و گروه ها تجربه ای ناخوشایند محسوب می گردد. برای بروز این پدیده دو چیز لازم است: مجموعه ای از هنجارها که از سوی گروه غالب

ارائه مطلوب مراقبت سلامتی همواره در گرو کیفیت اتمسفر حاکم بر محیط کار پرستاری است و از سوی دیگر به توانمندی پرستاران برای ارائه مراقبت با استاندارد بالا در این محیط نیز وابسته است. احساس توانمندی فردی و انسجام پرستاران در ارائه مراقبت سلامتی و تداوم احساس سرزنده بودن و نشاط آنها در محیط های کاری، موضوعی حیاتی می باشد (۱). سلطه گری/ سلطه پذیری یا اپرشن Oppression، پدیده ای است که افراد و گروه ها را در سراسر دنیا تحت تاثیر قرار می دهد و پرستاری نیز به جهت ماهیت خاص حرفه، از اثرات آن بی نصیب نبوده است (۲). ادبیات پرستاری حاوی شواهد متعددی از وجود اپرشن و تبعات آن در حرفه پرستاری است. پدیده اپرشن طیف وسیعی از رده های مختلف پرستاری را با درجات متنوعی تحت تاثیر قرار می دهد و منجر به بروز پیامدهای فکری و رفتاری در آنها می گردد. این مطالعه قصد دارد با مرور ادبیات پرستاری در دو دهه اخیر، پدیده اپرشن و ماهیت آن را مورد بررسی قرار دهد و علاوه بر توصیف دیدگاه های علوم مختلف در زمینه پدیده اپرشن، انواع و ویژگی های پدیده و آثار و پیامدهای آن را نیز در حرفه پرستاری روشن نماید. در نهایت سعی می شود با معرفی نظریه ها و مدل های مربوطه، راهکارهای عملی برای پیشگیری یا اداره درست این پدیده در حرفه پرستاری ارائه شود.

## مواد و روش ها

در این مطالعه مروری، واژه های سلطه گری/ سلطه پذیری، پرستار و پرستاری در بانک های اطلاعات علمی (Pub Med, CINAHL & Ovid) به شکل جداگانه و سپس به صورت ترکیبی مورد جستجو قرار گرفت. در ادامه، برای دستیابی به نتایج دقیق تر، معیارهای ورود متون به مطالعه تعیین گردید. معیارهای اصلی جهت ورود به بررسی نهایی، مقالاتی به زبان انگلیسی بودند که در دو دهه اخیر در حوزه ادبیات پرستاری و علوم سلامتی منتشر شده بودند. نتیجه اولیه جستجو حدود ۱۲۷ مقاله بود که با رعایت معیارهای ورود و حذف موارد تکراری به ۷۴ مورد تنزل پیدا کرد. در مرحله نهایی، ۳۱ مقاله که واژه های اصلی مطالعه در عنوان یا چکیده آنها وجود داشت و به صورت تمام متن قابل دسترسی بود، انتخاب و مورد بررسی و نقد قرار گرفت.

## یافته ها

این مطالعه ابتدا ضمن تبیین زمینه تاریخی پدیده، به توصیف و واژه شناسی مفهوم سلطه گری/ سلطه پذیری در ادبیات پرستاری و علوم سلامتی پرداخته و سپس دیدگاه های علوم مختلف را در این زمینه تشریح نموده است. مطالعه در

اجتماعی با ایجاد معیارهای انحصاری با عث می شوند افراد بیرون از این هنجارها به عنوان مادون و تحت سلطه دیده شوند. وی اپرن را محرومیت دیگران از حقوق مسلم خود توصیف نمود که با تظاهراتی چون احساس ناامنی، شرم زدگی، تردید نسبت به خود یا خود-تشکیکی و اضطراب همراه است. این وضعیت به نوبه خود منجر به استثمار Exploitation، خشونت افقی Horizontal violence و انزوای طلبی بیشتر می گردد. وی همچنین معتقد است این شرایط تنها به درونی شدن اپرن خلاصه نمی گردد، بلکه مقاومت گروهی (در مقابل مقاومت فردی) را به دنبال دارد که با کنش اجتماعی، همبستگی و انسجام افراد تحت سلطه علیه گروه سلطه گر همراه است.

در ادبیات فلسفی نیز مضمون بی عدالتی در حوزه بحث اپرن مطرح می باشد. کاد Cudd (۲۰۰۵) در تحلیل خود از اپرن، آشکارا بیان می کند اپرن بی عدالتی است و آسیب و ضرر به همراه دارد. وی اپرن را رفتار نظام مند ناعادلانه و غیرمنصفانه با دیگران توصیف می نماید که حاصل کارکرد و هنجارهای اجتماعی است. کاد، بی عدالتی را عامل تنزل شأن انسانی و رفتار نابرابر با دیگران می داند. کاد اضافه می کند که تعلق به گروه و بهره مندی از امتیازات عضویت در آن، ملاک سلطه گر بودن نیست، بلکه داشتن قصد و اراده سلطه گری برای این منظور لازم است. زاتلویکیس Zutlevics (۲۰۰۲) در تایید نظر کاد می گوید اپرن پدیده ای ناعادلانه است. وی تصریح می کند اگرچه اپرن همیشه ناعادلانه است ولی بی عدالتی لزوماً اپرن نیست. بی عدالتی زمانی اپرن محسوب می گردد که حق افراد در انتخاب و برنامه ریزی زندگی کاری خود نادیده گرفته شود و این افراد به طور آشکار یا پنهان خود را تحت کنترل و نفوذ نگرش ها و باورهای دیگران (گروه سلطه گر) ببینند.

هالکو Hulko (۲۰۰۹) با دیدگاه فمینیستی معتقد است که اپرن جدا سازی افراد بر اساس طبقه هویت اجتماعی آنها است. منظور از طبقه هویت اجتماعی یا جایگاه اجتماعی همان قومیت، نژاد، طبقه اجتماعی، جنس و سن می باشند. قابل توجه اینکه، هالکو بر این استدلال است که تجربه فرد از جایگاه اجتماعی (تجارب ممتاز بودن یا تحت سلطه بودن) امری سیال است که به بافت فرهنگی- اجتماعی آنها بستگی دارد. وی اضافه می کند که افراد به سادگی برچسب ممتاز بودن یا تحت سلطه بودن نمی گیرند، بلکه آنها (مثلاً زنان) ممکن است هم زمان در دو گروه قرار گیرند، یعنی از یک منظر فرد ممتاز و برخوردار و از منظر دیگر تحت سلطه باشند. وی این حالت را "میان بخشی Intersectionality" می نامد. هالکو به عنوان نمونه توضیح می دهد که چطور زنان به جهت جنسیت ممکن است به حاشیه زده شوند، در حالی که زنان غیر همجنس خواه، متاهل و سفید پوست می توانند در یک جامعه

تعیین می گردد و باور این گروه غالب مبنی بر این که افراد خارج از این گروه را مجموعه ای مادون یا دست پایین می پندارد. در اصل، این موارد، پیش درآمدهای پدیده به شمار می آیند. نتایج و پیامدهای اپرن نیز شامل تخریب، آزادی محدود شده، ناتوانی در شناسایی و درک توانمندی های فردی و رفتارهای گروهی مانند خشونت جانبی Lateral violence می باشد (۳).

### اپرن از دیدگاه علوم مختلف

برای فهم دقیق مفهوم اپرن و درک بیشتر ماهیت آن لازم است دیدگاه های علوم مختلف را در مورد این مفهوم بررسی نماییم. فریر Freier (۱۹۷۰) از صاحب نظران و نظریه پردازان حوزه آموزش که کارهای وی از منابع غنی در زمینه اپرن به شمار می آید، ادعا می کند که اپرن با تنزل شأن انسانی، افراد تحت سلطه را از آزادی و استقلال بیمناک می کند. برای تحقق این پدیده به گروه غالبی نیاز است که افراد خارج از گروه را مادون تلقی نمایند. از نقطه نظر جامعه شناسی، دوچ Deutsch (۲۰۰۶) این دو گروه (غالب و مادون) را با برچسب های برخوردار و غیر برخوردار معرفی و اظهار می کند گروه برخوردار از مزایای جایگاه خود بهره مند و مایل به تداوم وضع موجود می باشند. محل اختلاف فریر و دوچ در پیامدهای پدیده اپرن می باشد. دوچ استدلال می کند که خصومت و تمسخر و استهزاء پیامدی است که گروه غیر برخوردار در پاسخ به رفتار غیر محترمانه گروه برخوردار از خود بروز می دهند. در رابطه با ادعای فریر که افراد تحت سلطه از آزادی بیمناک هستند، دوچ اظهار می کند که ترس این افراد نه تنها ناشناخته است، بلکه عقوبت و تنبیه گروه سلطه گر، آنها را برای خاتمه دادن به وضع موجود به تلاش و اپرن می دارد. دوچ، اپرن را بی عدالتی نظام مند، گسترده و تکرار شونده تعریف می نماید.

مفهوم "تنزل شأن انسانی" به عنوان ویژگی اپرن در ادبیات روانشناسی نیز خودنمایی می کند. دونالد و همکاران (۲۰۰۷) در بررسی تنوع فرهنگی- اجتماعی، بیان کردند که افراد معلول در هنجارهای فرهنگی به عنوان انسان ناکامل و نابالغ تلقی می شوند و از توجه، احترام و شمولیت کمتری نیز برخوردار هستند. پیامد این درک و دریافت های منفی، شرم زدگی، افکار و عقاید منفی و خروج از فرهنگ غالب می باشد. در حالی که دوچ به خصومت و تمسخر افراد تحت سلطه علیه گروه سلطه گر به عنوان پیامد اپرن اشاره دارد؛ دونالد و همکارانش مقاومت فردی را به عنوان پیامد اپرن معرفی می کنند. این وضعیت با بی توجهی به انگاره ها و مفروضات مربوط به هنجارهای فرهنگ غالب و جایگزین و درونی شدن پیام های منفی به منظور رد تصورات قالبی و کلیشه ای حاکم تظاهر می نماید.

در راستای دیدگاه های روانشناسی، پرللتنسکای Prilleltensky (۲۰۰۳) از این اندیشه حمایت کرد که هنجارهای

خطای اخلاقی و در واقع، نوعی سلطه گری است. همه اعضای گروه تحت سلطه به خاطر وابستگی های گروهی شان از احتمال قرارگیری در آماج خشونت آگاه می باشند. زندگی در سایه ترس از حمله و تعدی گروه سلطه گر، آنها را از آزادی و وقار محروم می سازد (۲، ۳).

نورث وی Northway (۱۹۹۷) شکل ششم اپرشن را تبعیض معرفی می کند. تبعیض به رفتار متفاوت که منجر به محرومیت و عدم بهره مندی فرد یا گروه می گردد، اطلاق می گردد (۶).

#### اپرشن و پرستاری به عنوان گروه تحت اپرشن

پیشینه پدیده اپرشن در پرستاری ریشه های تاریخی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی دارد. به اعتقاد رابرتز Roberts (۱۹۸۳ و ۲۰۰۰)، با تبدیل بیمارستان ها به مرکز اصلی مراقبت، بر اساس سلسله مراتب Hierarchy، پزشکان در راس و پرستاران در سطوح مادون قرار گرفتند و این مسئله آغاز از دست رفتن قدرت و کنترل پرستاران در محیط های کاری بود. در حالی که از دست رفتن کنترل و استقلال پرستاران به نفع پزشکان و بیمارستان ها بود، بعدها مشکلاتی برای پرستاران ایجاد نمود (۷). پزشکان در دهه های ۱۹۰۰ به بعد برنامه های پرستاری را به منظور ارائه خدمت به آنها در امر معالجه بیماران پایه گذاری نمودند و نتیجه آن، فراهم آمدن زمینه ی مناسبات و ارتباطات سلطه گرانه بین دوحرفه بود. علاوه بر این، تمایل پرستاران برای پذیرش مدل مراقبتی پزشکی محور که اغلب بر وظایف و تکنیک آنها تاکید داشت تا بر امر مراقبت و مراقبه Caring، خود پیامد آشکار این الگویی رفتار سلطه گرانه می باشد (۷-۱۰). از نقطه نظر تاریخی نیز پرستاری حرفه ای زنانه بوده است و زنان در جایگاه پائین تری نسبت به مردان (پزشکان) قرار داشته اند. نقش سنتی پرستاری در این زمان حمایت از پزشکان بوده است که ارتباط نزدیکی با نقش و تجارب خاص آنها در حمایت از مردان در زندگی روزمره شان دارد (۲، ۸، ۹). از آنجائی که آنها، هم به عنوان پرستار و هم به عنوان زن، در این حرفه، اجتماعی می شوند، تحت سلطه مضاعف بوده و از دیگر گروه های تحت سلطه، شناخته شده تر هستند. رهبران پرستاری اغلب قادر به تغییر توازن قدرت نمی باشند که شاید یکی از مهمترین دلایل آن، به حاشیه رفتن آنها متعاقب انتخاب گزینشی آنها از طرف پزشکان و مدیران صاحب قدرت در موسسه است که مجبورند خواست ها و انتظارات آنها را به پرستاری ترجیح دهند (۷).

اسکیلینگ Skillings (۱۹۹۲) اپرشن را پدیده ای چند بعدی و زاده اجتماع معرفی می کند و در ارتباط با یافته های مطالعه خود می نویسد که افراد، تحت سلطه بودن خود را نتیجه کنش و واکنش توأم محیط سازمانی بیمارستان و ارتباط بین حرفه پرستاری و پزشکی می دانند. محیط سازمانی متشکل از

از امتیازی برخوردار شوند که زنان فاقد این خصوصیات از آن محروم هستند. هالکو در نگاه به ادبیات فمینیستی می نویسد افراد اغلب تمایل دارند تحت سلطه بودن خود را بزرگنمایی کنند، در حالی که جنبه های برخورداری و امتیازات خود را نمی شناسند. دلیل این امر شاید این است که به اعتقاد این افراد شناخت و تصدیق امتیازات و برخورداری خویش سخت تر از شناخت محرومیت ها و تحت سلطه بودن است (۳).

#### نمودها و تظاهرات اپرشن

دانگ Dong (۲۰۱۱) و لی Lee (۲۰۰۱) با استناد به یانگ Young (۲۰۰۰ و ۱۹۹۰) از منظر عدالت اجتماعی می نویسند اپرشن در گروه تحت سلطه به پنج شکل ظاهر می شود و حضور تنها یکی از این اشکال برای شروع پدیده کافی به نظر می رسد:

۱. استثمار، که به سوء استفاده از فرد به نفع گروه سلطه گر اطلاق می شود، با این فرض که افراد خارج از گروه برخوردار باید در خدمت این گروه قرارگیرند. استثمار افراد منجر به بروز احساس بی قدرتی و درماندگی می گردد و نتیجه این احساسات، دلسردی یا بی تفاوتی، عملکرد ضعیف و احساس تبعیض خواهد بود.
۲. به حاشیه رانده شدن Marginalization، که به اخراج و طرد افراد از گروه های اجتماعی بزرگ اطلاق می شود، فرایندی است که طی آن، فرد یا گروهی را از انجام نقش های اجتماعی معمول آن جامعه محروم می نمایند.
۳. بی قدرتی حالتی است که فرد یا گروه اجتماعی بر جنبه های زندگی کاری خود کنترل و اختیار کمتری دارد و به کرات منجر به دلسردی می گردد. در این شرایط، فرد برای تصمیم گیری مستقل کاری ناتوان است و از پیشرفت فردی بازداشته می شود. این افراد چون خارج از کلاس و طبقه حرفه ای دیده می شوند مورد بی احترامی گروه سلطه گر قرار می گیرند.
۴. استعمار فرهنگی Cultural Imperialism یک نوع ایدئولوژی است که اعتقاد دارد گروه غالب، مجموعه ای به هنجار و افراد خارج از این گروه، دسته ای مادون و ناهنجار هستند. از این رو پذیرش و قبول این فرهنگ به عنوان هنجار مسلم تلقی می گردد. گروه دیگر یا گروه مادون در جامعه دیده نمی شوند و ارزش و منزلت آنها از سمت گروه غالب پایمال می گردد. تقریباً همه گروه های تحت سلطه از امپراتوری فرهنگی گروه سلطه گر رنج می برند.
۵. خشونت حالتی است که فرد یا گروهی تهدید های باقوه و بالفعل جسمی، روانی یا روحی را تجربه می کنند. بدیهی است که خشونت شکلی از رفتارهای تبعیض آمیز است؛ به ویژه اگر به آسیب و صدمه جسمی و روانی قربانی نیز منجر گردد. یانگ استدلال می کند که این خشونت بیشتر از یک

که از سوی گروه سلطه گر تعیین و تعریف شده است، مستحق سلطه پذیری می باشد (۲).

در بعضی از مطالعات، خودباختگی با همانند سازی معادل محسوب و عنوان شده است در این شرایط فرد سعی دارد خود را شبیه عضو گروه غالب کند و همانند او رفتار نماید. این حالت نوعی نادیده گرفتن و انکار خود تلقی می شود و با تنفر درونی شده از خود و گروه تظاهر می نماید. این افراد معمولاً به خاطر انکار ویژگی های ذاتی خود و پذیرفتن ویژگی های گروه سلطه گر از گروه جدا می شوند و به حاشیه می روند. قرارگیری در حاشیه به جهت بی ارزش دانستن و نپذیرفتن ویژگی های خویش، اعتماد به نفس پایین و خود بیزاری را به دنبال خواهد داشت. فرد تحت سلطه با مخفی کردن هویت خود و همزمان احساس شرمندگی از خود سعی می کند این همانندسازی اتفاق افتد. احساس خودبیزاری و پرخاشگری های بی نتیجه علیه گروه سلطه گر، منجر به تناقض و کشمکش در درون گروه می گردد (۱، ۲، ۱۱).

شرم و خجالت، احساساتی است که در گفتمان با دیگران نمایان می شود و به فرهنگ سکوت منتهی می گردد. اعضای گروه تحت سلطه زمانی که فرصت و دلیلی برای بیان نگرانی های خود پیدا می کنند، اغلب سکوت اختیار می کنند. این حالت ناشی از شرم و خجالت حاصل از سلطه پذیری آنها است (۲). پرستاران به طور سنتی یاد گرفته اند که "پرستار خوب بودن" به معنی عدم مبارزه با نظام حاکم است و از این رو به منظور پرهیز از تعارض، سکوت اختیار می کنند (۳، ۷). رفتارهایی چون دم فرو بستن و سکوت اختیار کردن و خشونت جانبی جنبه هایی از رفتارهای گروه تحت سلطه می باشند که به وفور در ادبیات پرستاری توصیف شده اند (۳، ۷، ۱۶، ۱۹-۲۱).

مفهوم خشونت جانبی یا خشونت افقی در محیط حرفه ای پرستاری که در مطالعات اخیر تحت عناوین قلدری کردن Bullying و پرخاشگری نیز نام برده می شود، موضوع بحث دو دهه اخیر ادبیات پرستاری می باشد (۲۰). مفهوم خشونت افقی در نتیجه کار پائولو فریر در زمینه اپرشن پدید آمده است. طبق تعریف فریر (۱۹۷۰) در خشونت افقی افراد تحت سلطه که با احساس بی قدرتی کنار آمده اند، عواطف و واکنش های منفی و پرخاشگری را به جای گروه غالب اجتماعی، متوجه همدیگر می نمایند. خشونت افقی شامل انواع تعارضات غیر جسمی بین گروهی است که به طور آشکار و پنهان در قالب رفتارهای خصومت آمیز ظاهر می شود (۲۲). در خشونت افقی پرستاران ناراضیتی خودشان را به سمت خود، همدیگر یا افراد ضعیف تر از خود معطوف می سازند. البته خشونت افقی اشکال جسمی نیز دارد که در پرستاری کمتر مشاهده می شود و نوع کلامی آن بسیار شایع تر است (۷، ۲۰، ۲۳، ۲۴). اگرچه هیچ یک از اعضای حرفه پرستاری حتی پرستاران با تجربه از تبعات

مناسبات نابرابر جنسیتی (مرد در مقابل زن)، طبقه ای (پزشک در برابر پرستار)، و قدرت موسسه می باشد. این عوامل همراه با فرهنگ غالب پزشکی، شرایط سلطه پذیری را برای پرستاران فراهم می نماید (۱۱، ۱۲). وجود ساختار سازمانی پزشکی سالاری Medical hierarchy در اغلب نظام های مراقبت سلامتی، توانمندی پرستاران را در انجام امور حرفه ای تحت تاثیر خود قرار داده و به طور روز افزون سایه های سلطه گرایانه خود را گسترش داده است. مطالعات متعددی این پدیده را از زوایای مختلف مورد بررسی و تحلیل قرار داده اند (۱-۳، ۷-۹، ۱۱-۱۶). پدیده اپرشن در پرستاری اساس و زمینه های اقتصادی نیز دارد. پرستاران از این جهت که درآمد و دریافت های ناکافی و ناعادلانه ای دارند، مورد سلطه و ظلم واقع شده اند. در بسیاری از نقاط دنیا، پرستاران با وجود گذراندن تحصیلات عالی دانشگاهی (اساتید، مدیران و متخصصین پرستاری) و کسب شایستگی های بیشتر، دریافت های کمتری در مقایسه با پزشکان همپای خود دارند (۲، ۱۷).

رابرتز (۱۹۸۳) ادعا می کند پدیده اپرشن در پرستاری با سه مکانیسم زیر تقویت می شود و تداوم پیدا می کند: ۱) تداوم آموزش پرستاری تحت مدل پزشکی، ۲) تشویق و دادن پاداش به پرستارانی که رفتارهای مورد انتظار و دلخواه پزشکان و مدیران بیمارستان را نشان می دهند، و ۳) دلجویی و تسکین های نمادین از افراد تحت سلطه در زمان های اعتراض و شورش آنها. این عوامل از شتاب حرکت حرفه می کاهد و آن را در بی قدرتی بیشتر فرو می برد (۱، ۱۱). رابرتز همچنین برای اولین بار "رفتارهای گروه تحت سلطه" را که پیامد پدیده اپرشن در پرستاری است، مورد تحلیل قرار داد. این موضوع اکنون بیش از دو دهه است که در ادبیات آموزش، خدمات و مدیریت پرستاری مطرح می شود و عمومیت آن افزایش می یابد (۱، ۲، ۷، ۱۱، ۱۸).

زندگی در شرایط تحت سلطه، آن دسته از روش های تفکر و الگو های رفتاری را خلق می کند که شرایط تحت سلطه بودن را تقویت و حفظ می نماید. این الگوهای رفتاری و تغییرات شیوه تفکر محصول آسیب به شان و احترام افراد تحت سلطه است و پیامدهایی چون خودباختگی، شرمساری و خجالت و خشونت جانبی را به دنبال دارد. این رفتارها در نتیجه هوشیاری کاذب و اپرشن درونی شده می باشد. هوشیاری کاذب ویژگی افراد و گروه های تحت سلطه می باشد. این افراد باور دارند که رفتارهای گروه سلطه گر در جهت علایق و خواست های آنها است. در واقع هوشیاری کاذب حاصل فرایندی پیچیده است که ماهیت و خصوصیات سلطه گرایانه فرهنگ یا موسسه را از دید گروه تحت سلطه مخفی می سازد. اپرشن درونی شده نیز فرایند تحولی است که افراد تحت سلطه به حاشیه رانده شدن خود را پذیرفته و باور کرده اند که گروه آنها به سبب برخی کاستی و کمبودها

فرایند مقابله با پدیده اپرشن و پیامدهای آن برای هر حرفه، چالشی بزرگ محسوب می‌گردد. اگرچه به نظر می‌رسد وضعیت سلطه گرایانه کاملاً در حرفه پرستاری نهادینه شده است؛ راهکارهایی وجود دارد که پرستاران برای دستیابی به کنترل روی زندگی حرفه‌ای‌شان اتخاذ نمایند. در ادامه به معرفی برخی نظریه‌ها، مدل‌ها و راهکارهای مناسب برای غلبه بر وضعیت موجود و توانمندسازی اعضای پرستاری اشاره می‌گردد.

#### مدل‌ها و راهکارهای مقابله با اپرشن

پرستاران با به کارگیری مفهوم هوشیاری انتقادی Conscientization فریر (۱۹۶۸) و مدل‌های مرتبط با آن قادر هستند برنامه‌ای عملی برای ارتقاء توانمندی و تغییر در وضعیت موجود طراحی نمایند (۲). کایزر (Kaiser ۱۹۹۰) سه مدل برای کاهش اثرات پدیده اپرشن معرفی می‌نماید: ایجاد وحدت و انسجام حرفه‌ای، یادگیری زدایی، و هم‌افزایی فرهنگی. این مدل‌ها دارای چارچوب مفهومی مرتبط با هم هستند و ترکیب عناصر آنها در کنار هم راهکارهایی را برای غلبه بر اپرشن فراهم می‌نماید (۲).

در مدل ایجاد وحدت و پیوستگی تأکید بر گفت‌وگو بین دو گروه سلطه‌گر و تحت سلطه می‌باشد. از این طریق رفتارهای گروه تحت سلطه (خودباختگی، شرمساری و خشونت افقی) و تفکرات (هوشیاری کاذب و اپرشن درونی شده) به چالش کشیده می‌شوند و از طریق گفت‌وگو صحیح بین دو گروه تغییر پیدا می‌کنند. هدف از این مدل، تسهیل گفت‌وگو صحیح و قابل اعتماد از طریق برگزاری جلسات می‌باشد. تمرکز این جلسات بر دیده شدن Visibility (کاهش رفتارهای خودباختگی)، سربلندی و احساس افتخار Pride (کاهش شرمساری و خجالت)، انسجام Solidarity (توسعه وحدت و تعهد برای درک و خاتمه اپرشن)، و ایجاد همبستگی است. طبق این مدل، وحدت زمانی حاصل می‌شود که افراد دیده شوند، افتخار کسب نمایند و متحد و یکپارچه شوند (۲، ۱۴).

یادگیری زدایی بر اساس نظریه رفتار انسانی و اپرشن بنا شده است که عنوان می‌کند فرد می‌تواند از هوشیاری کاذب، اپرشن درونی شده، تعصب، و اطلاعات نادرستی که از طریق فرایند اجتماعی شدن کسب کرده است، یادگیری زدایی شود. فراهم نمودن جوی عاری از احساس گناه برای تسهیل یادگیری مجدد بسیار اهمیت دارد. طبق این مدل، هم افراد گروه تحت سلطه و هم گروه سلطه‌گر هر دو در جریان اجتماعی شدن، دچار بدفهمی‌هایی شده‌اند. در این شرایط افراد یاد گرفته‌اند که چگونه تحت سلطه دیگران قرار گرفته یا دیگران را به سلطه خود درآورند. بنابراین، با یادگیری زدایی از مهارت‌ها و اطلاعات نادرست حاصل از اپرشن می‌توان با خود پدیده اپرشن مقابله نمود (۲).

خشونت افقی بی‌نصیب نمی‌باشند، در این میان پرستاران کم‌تجربه، جوان و دانشجویان پرستاری معمولاً قربانی اصلی و آماج این رفتارهای ویرانگر می‌باشند (۴، ۱۴، ۱۸، ۲۱، ۲۲، ۲۵). دایسکی (Diaski ۲۰۰۴) در نتایج مطالعه خود می‌نویسد وقتی پرستاران نگرانی‌های خود را در مورد فقدان احترام از سوی دیگران بیان می‌کردند، روابط درون حرفه‌ای آنها نیز خیلی خوب به نظر نمی‌رسید. اغلب در جریان مصاحبه‌ها عبارت "پرستاران اعضای جوان خود را می‌خورند" را به کار می‌بردند. منظور از کلمه جوان، همان دانشجویان پرستاری یا پرستاران تازه وارد می‌باشند. این وضعیت در نتیجه فقدان حمایت مدیران پرستاری از کارکنان ناشی می‌گردد. داپر (Duchscher و همکاران ۲۰۰۸) در مطالعه خود بر روی پرستاران تازه کار می‌نویسند: وجود روابط سلسله‌مراتبی بین پرستاران و پزشکان شرایطی را فراهم می‌کند که پزشکان با آنها رفتار غیر محترمانه داشته باشند، آنها را مورد سرزنش قرار دهند و حتی بر سر آنها فریاد بکشند. این پرستاران اغلب در معرض سوء استفاده کلامی پرستاران با سابقه، پزشکان، رزیدنت‌ها و دیگر اعضای تیم سلامتی قرار دارند. جالب توجه است که مدیران و پرستاران با سابقه، تمایلی به گزارش این مسائل و چالش‌ها نشان نمی‌دهند. تجربه چنین شرایطی از سوی پرستاران جوان منجر به سرخوردگی، تنفر و رنجش و تنش روانی می‌گردد (۴، ۱۶). میزان خشونت افقی در محیط کار پرستاری ۴۶ تا ۱۰۰ درصد برآورد می‌گردد و همکاران به عنوان شایع‌ترین منبع موجد خشونت افقی گزارش شده‌اند (۱۳، ۲۲، ۲۶).

خشونت افقی در قالب انواع رفتارهای آزار دهنده روحی، روانی و عاطفی از قبیل ترساندن، بی‌علاقه کردن، دلسرد کردن، تهدید کردن، هتاک، بدگویی، سخن چینی، بد دهنی، تحقیر کردن، عیب جویی، بی‌ادبی، غیبت، طعنه زدن، شایعه پراکنی و ممانعت از دسترسی به فرصت‌ها تظاهر می‌نماید (۱۸، ۲۲، ۲۷، ۲۸).

بدیهی است حضور و تداوم چنین رفتارهای ویرانگری در محیط‌های کاری، آثار زیان بار جسمی و روانی برای پرستاران و سازمان آنها به همراه خواهد داشت. سازمان‌ها از این جهت که پرسنل شوق و حرارت در انجام وظایف خود ندارند، متضرر می‌شوند و جابجایی پرسنل و غیبت از کار و ترک شغل افزایش می‌یابد. در این سازمان‌ها، علاوه بر اینکه نارضایتی بیماران و خانواده آنها افزایش می‌یابد، پرستاران نیز با ناخوشی‌هایی از قبیل افسردگی، اضطراب حاد و سندروم‌های استرس پس از حادثه و حتی افکار خودکشی روبرو خواهند شد. اختلالات خواب، خستگی مزمن، سردرد و کمردرد، پرفشاری خون، تپش قلب، افزایش یا کاهش وزن و سندروم روده تحریک پذیر از آثار جسمی این رفتارها خواهد بود (۱۵، ۱۸، ۲۷، ۲۹).

- تدوین برنامه‌های رسانه‌ای برای آموزش عمومی در خصوص حرفه پرستاری از طریق نمایش تصاویر ذهنی منفی و کلیشه‌ای، آشکار کردن ریشه این مسائل و تاکید بر نقش منحصر به فرد پرستاران در نظام مراقبت سلامتی (۲)
- یکی از مهمترین و شایع ترین پیامدهای پدیده اپرشن در پرستاری خشونت افقی یا خشونت جانبی می‌باشد. در متون، اقدامات متنوعی بر حسب مورد برای پیشگیری یا مقابله با خشونت جانبی در محیط‌های کاری پرستاران پیشنهاد شده اند که مهمترین آنها به شرح زیر هستند:
- افزایش آگاهی در مورد مشکل و نامیدن آن به عنوان - خشونت جانبی - اولین قدم اساسی است. وقتی پرستاران رفتارهای خشونت جانبی را شناسایی نمایند، افراد خطاکار فرصت ادامه این رفتارها را نخواهند داشت.
- در حوزه مدیریت نیز باید از سیاست عدم تحمل Zero tolerance علیه خشونت جانبی استفاده شود و به خشونت جانبی اجازه داده نشود تا به عنوان هنجار رفتاری تبدیل شود.
- مدیران پرستاری باید مهارت‌های مدیریت خشونت جانبی در بین پرستاران را آموزش دهند و همچنین در اجرای کامل سیاست عدم تحمل مورد حمایت قرار گیرند.
- از کارهای پیشگیرانه موثر، تدوین و اجرای استانداردهای رفتار حرفه‌ای می‌باشد (داشتن دستورالعمل‌های استاندارد حرفه‌ای و منشور اخلاق پرستاری و ...).
- اساتید، پریسپتورها و دیگر مربیان پرستاری باید دانشجویان و پرستاران تازه کار را در مورد خشونت جانبی آموزش دهند و فنون رفتاری ویژه‌ای را برای مواجهه با آن آموزش دهند.
- از دیگر اقدامات موثر در فرایند مبارزه با پدیده خشونت جانبی ارتقاء عملکردهای پرستاران و دادن فرصت به آنها در تصمیم گیری‌ها است. این اقدامات آنها را توانمند و نقش منحصر به فرد آنها را در سرنوشت بیماران پررنگ می کند و به آنها در ارج گذاری خود و کارشان کمک می‌نماید (۷، ۱۵، ۱۸، ۲۰، ۲۶).

### بحث و نتیجه گیری

اپرشن پدیده‌ای است که از طرف اغلب پرستاران در سراسر دنیا تجربه و گزارش شده است. این پدیده با تعیین یک سری از هنجارها از طرف گروه غالب و باوری که افراد خارج از این گروه مادون هستند، شکل می‌گیرد. ویژگی‌های اصلی پدیده اپرشن، رفتار ناعادلانه، نادیده گرفتن حقوق افراد و تنزل شأن انسانی آنها می‌باشد. وجود ساختارهای سلسله مراتبی در محیط‌های بیمارستانی شرایط مساعدی را برای بروز این پدیده

در مدل هم افزایی فرهنگی، کایزر گفتمان گروهی را برای خلق سازمان‌های هم افزا پیشنهاد می‌کند. سازمان‌های هم افزا معتقدند تنوع فرهنگی جنبه‌های مثبت و منفی دارند. گفتمان از طریق برجسته کردن تنوع فرهنگی، بهبود هوشیاری انتقادی و تسهیل مهارت حل مسئله خلاقانه توسعه می‌یابد. گام‌های فرایند توسعه گفتمان عبارت از انتخاب افراد از هر دو گروه فرهنگی، بحث در مورد درک آنها از اهداف گفتمان، تعیین مشابیهت‌ها و تفاوت‌های موجود در برداشت‌های آنها، طوفان مغزی برای حل مسائل مشکل و آموزش دیگران به بحث و گفتگو در مورد تفاوت‌هایشان هستند (۲).

فریبر (۱۹۷۱) راهکارهایی را برای رهایی Liberation گروه‌های تحت سلطه معرفی می‌نماید. درک و شناخت چرخه اپرشن اولین گام در فرایند رهایی به شمار می‌آید. گام دوم کنار گذاشتن این تفکر که گروه غالب ذاتاً ممتاز هستند را شامل می شود. فعالیت‌های دیگر شامل رهایی، زدودن پنداشت و تصاویر ذهنی منفی از فرهنگ خود و جایگزین کردن آنها با افتخارات و سربلندی‌ها است (۱، ۷).

لی و همکاران (۲۰۱۱) راهکارهای زیر را برای کاهش اپرشن توصیه نمودند:

- سازماندهی گروه‌های خلق کننده وحدت برای تحلیل ریشه‌ها و اشکال اپرشن
- حل مسئله و تحلیل گروهی برای تدوین راهکارهایی به منظور مرتفع کردن زیربنای قدرت نابرابر موجود
- گفتمان قابل اعتماد بین پرستاران و گروه‌های سلطه گر برای بررسی شرایطی که پرستاران زندگی و کار می‌کنند. به علاوه، کمک به اعضای گروه تا از اطلاعات نادرست و رفتارهای سلطه گرانه یادگیری زدایی گردد.
- ایجاد وحدت بین گروهی به طوری که قدرت حاصل از آن برای به چالش کشیدن وضعیت موجود به کار بسته شود.
- مفهوم سازی مجدد قدرت و استفاده از این مفاهیم جدید در تحقیق، آموزش و فعالیت پرستاری
- سازماندهی پرستاران در گروه‌های متحد برای شرکت در سیاست گذاری‌های سلامتی
- تولید مقالات رسمی مسائل حرفه در خصوص کیفیت برنامه‌های آموزش پایه و پیشرفته پرستاری یا واقعیات محیط کار پرستاری
- پیشنهاد تخصیص بودجه‌های کافی برای حوزه پرستاری
- کمک در تدوین و طراحی برنامه‌های راهبردی طولانی مدت در حوزه سلامت کشور
- تحقیق برای شناسایی مسائل و مشکلات و توصیف کمی و کیفی محیط‌های کار حوزه سلامت

و آثار مخرب آن در بین پرستاران فراهم می‌نماید. شایع‌ترین پیامد پدیده اپرشن در این حرفه، خشونت جانبی است که به اشکال بسیار متنوع کلامی و غیر کلامی تظاهر پیدا می‌کند. حضور و تداوم چنین رفتارهایی، اثرات زیان بار و جبران ناپذیری بر پرستاران و حرفه پرستاری، سازمان‌های کاری و به ویژه بیماران و کیفیت ارائه مراقبت می‌گذارد. خشونت افقی در رشته ای که مأموریت آن ارائه هنر مراقبت به دیگران است، واقعیتی تلخ و گزنده است. چگونه است که پرستاران با بیماران خود مهربانانه رفتار می‌کنند و آنها را مورد احترام قرار می‌دهند، در حالی که با خودشان این چنین بیمارگونه رفتار می‌کنند. چگونه است که پرستاران در حمایت از حقوق و خواست‌های بیماران خود، فریاد و صدای آنها می‌شوند، در حالی که در مورد چالش‌ها و نگرانی‌های خود و حرفه پرستاری موضع سکوت اختیار می‌کنند. منطقی به نظر می‌رسد که پرستاران علاوه بر ارائه مراقبت سلامتی به بیماران و جامعه، خودشان و حرفه پرستاری را نیز مورد مراقبت و حمایت قرار دهند.

لازم است پرستاران با خودآگاهی و هوشیاری انتقادی، ریشه‌های سلطه‌پذیری را در حرفه پرستاری شناسایی کنند و با درک و فهم درست پدیده اپرشن و آثار آن در زندگی حرفه‌ای خود، راهکارهای موثری را برای رهایی از آن اتخاذ نمایند. مسئولیت رهبران حرفه پرستاری در این خصوص بسیار تعیین کننده و حیاتی می‌باشد. آنها با تدوین و اجرای راهکارهای عملی و موثر در قالب اقدامات حمایتی، آگاهی بخشی، آموزشی و تدابیر مدیریتی، فضایی سازنده خلق می‌نمایند که وحدت و انسجام بین گروهی (گروه سلطه‌گر و تحت سلطه) و درون گروهی (بین پرستاران)، خودباوری، و توانمند سازی اعضای حرفه را به ارمغان می‌آورد. یادگیری زدایی از باورها، هنجارها و تصورات ذهنی نادرست و یادگیری مجدد، امکان تغییر فرهنگ حاکم را مهیا می‌نماید. گفتمان سازنده بین گروه‌های سلطه‌گر و تحت سلطه؛ خودباوری، افتخار و همبستگی حرفه‌ای را به دنبال دارد.

بسیاری از مطالعات، آغاز و ادامه پدیده اپرشن را از زمان دانشجویی پرستاران گزارش کرده‌اند (۲۲، ۳۰، ۳۱). فرش ووتر Freshwater (۲۰۰۰) می‌نویسد: اساتید پرستاری چون خود احساس سلطه‌پذیری دارند، دانشجویان را طوری اجتماعی می‌کنند که صدایی از آنها بلند نمی‌شود (۳۰). راندل Randel (۲۰۰۳) در مطالعه طولی خود روی اعتماد به نفس دانشجویان پرستاری اظهار می‌کند که اغلب دانشجویان در جریان فرایند پرستار شدن، تنش روانی زیادی متحمل

می‌شوند. آنها در محیط‌های بالینی با مشکلات فراوانی روبرو هستند. دانشجویان برای اینکه در این محیط‌ها پذیرفته شوند، سخت کار می‌کنند. آنها یاد می‌گیرند که وضع موجود را بپذیرند، همچنین درک می‌کنند که چه موقع حرف بزنند یا سکوت اختیار کنند. بنابراین، از همان دوران دانشجویی تلاش می‌نمایند با پرستاران همانند سازی کنند و با هنجارهای محیط کارشان کنار بیایند (۳۱). از این رو، به جرات می‌توان گفت که اساس سلطه‌پذیری پرستاران از همان زمان شروع تحصیل در این حرفه پایه ریزی می‌گردد. این موضوع مسئولیت برنامه ریزان آموزش پرستاری و دست اندر کاران آموزش، اساتید و مربیان پرستاری را در امر آموزش، پرورش، حمایت و راهنمایی دانشجویان در محیط‌های آموزشی و بالینی سنگین‌تر می‌نماید. همکاری و هماهنگی نزدیک بین دانشکده‌های پرستاری و بیمارستان‌ها منافع متقابل زیادی به دنبال دارد. استفاده از پرستاران شایسته بیمارستان‌ها به عنوان راهنما، الگوی نقشی و مربی بالینی در ایجاد جو پذیرا و عاری از تنش و خشونت از دیگر تدابیر لازم به شمار می‌آیند. اصلاح برنامه و الگوهای آموزشی باید در جهتی باشد که از دانشجویان، پرستارانی متکی به نفس و خود آگاه تربیت نماید تا با کسب توانمندی‌های لازم، خود و حرفه پرستاری را از قید و بند فشارها رهایی بخشند. به هر حال هوشیاری و خودآگاهی، همبستگی حرفه‌ای را به دنبال دارد و این همبستگی، خودباوری و هویت حرفه‌ای را به ارمغان می‌آورد. مرور ادبیات پرستاری موجود و مشاهده شواهدی مبنی بر حضور و تداوم پدیده اپرشن و آثار آن در حرفه پرستاری بسیاری از نقاط دنیا و احساس شرایطی کم و بیش مشابه در پرستاری ایران، ضرورت طراحی و انجام مطالعات پژوهشی را در این حوزه از طرف محققین پرستاری کشور حیاتی می‌داند. از این رو پیشنهاد می‌گردد محققین پرستاری با انجام چنین مطالعاتی به سوالاتی از قبیل؛ ریشه‌ها، ویژگی‌ها، و تبعات پدیده اپرشن در پرستاری ایران چیستند؟ شیوع و گستردگی این پدیده در پیکره پرستاری ایران تا چه حد است؟ چه عواملی حضور و تداوم این پدیده را در جامعه پرستاری ایران تسهیل و تقویت می‌نمایند؟ رفتارهای گروه‌های تحت سلطه در اعضای حرفه پرستاری ایران چگونه تظاهر می‌نمایند؟ و اینکه با توجه به پیشینه‌های فرهنگی اجتماعی ایران و ساختار نظام سلامت و پرستاری آن چه ساز و کار‌های عملی برای پیشگیری، کنترل و اداره صحیح و موثر این پدیده و پیامدهای آن پیشنهاد می‌گردد؟ پاسخ و راهکارهای مناسبی ارائه نمایند.



## References

1. Roberts SJ. Breaking the cycle of oppression: Lessons for nurse practitioners? *J Am Acad Nurse Pract.* 1996;8(5):209-14.
2. Lee MB, Saeed I. Oppression and horizontal violence: the case of nurses in Pakistan. *Nurs Forum (Auckl).* 2001;36(1):15-24.
3. Dong D, Temple B. Oppression: A Concept Analysis and Implications for Nurses and Nursing. *Nurs Forum (Auckl).* 2011;46(3):169-76.
4. Duchscher JB, Myrick F. The prevailing winds of oppression: understanding the new graduate experience in acute care. *Nurs Forum (Auckl).* 2008;43(4):191-206.
5. Mooney M, Nolan L. A critique of Freire's perspective on critical social theory in nursing education. *Nurse Educ Today.* 2006;26(3):240-4.
6. Northway R. Disability and oppression: some implications for nurses and nursing. *J Adv Nurs.* 1997;26(4):736-43.
7. Roberts SJO, Demarco R, Griffin M. The effect of oppressed group behaviours on the culture of the nursing workplace: A review of the evidence and interventions for change. *J Nurs Manag.* 2009;17(3):288-93.
8. Brann M. Leading nursing from its dark side of history: oppression. *Nev Rnformation.* 2010;19(4):6.
9. Fletcher K. Beyond dualism: leading out of oppression. *Nurs Forum (Auckl).* 2006;41(2):50-9.
10. Matheson LK, Bobay K. Validation of oppressed group behaviors in nursing. *J Prof Nurs.* 2007;23(4):226-34.
11. Matheson L. Oppression in 21st century nursing [3306518]. United States -- Wisconsin: Marquette University; 2008.
12. Skillings LN. Perceptions and feelings of nurses about horizontal violence as an expression of oppressed group behavior. Critique, resistance, and action: Working papers in the politics of nursing. 1992:167-85.
13. McCall E. Horizontal violence in nursing: the continuing silence. *The Lamp.* 1996;53(3):28.
14. Pope BG. Transforming oppression in nursing education: towards a liberation pedagogy: University of North Carolina at Greensboro; 2008.
15. Crabbs NA, Smith CK. Healthy work environments. From oppression to opportunity: eliminating lateral violence and bullying in the workplace. *Med-Surg Matters.* 2011;20(2):8-9.
16. Daiski I. Changing nurses' dis empowering relationship patterns. *J Adv Nurs.* 2004;48(1):43-50.
17. Hagbagheri MA, Salsali M, Ahmadi F. A qualitative study of Iranian nurses' understanding and experiences of professional power. *Human Resources for Health.* 2004;2(1):9.
18. Woelfle CY, McCaffrey R. Nurse on nurse. *Nurs Forum (Auckl).* 2007;42(3):123-31.
19. Dunn H. Horizontal violence among nurses in the operating room. *AORN.* 2003;78(6):977-88.
20. Griffin M. Teaching cognitive rehearsal as a shield for lateral violence: An intervention for newly licensed nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing.* 2004;35(11):257.
21. McKenna BG, Smith NA, Poole SJ, Coverdale JH. Horizontal violence: Experiences of registered nurses in their first year of practice. *J Adv Nurs.* 2003;42(1):90-6.
22. King-Jones M. Horizontal Violence and the Socialization of New Nurses. *Creat Nurs.* 2011;17(2):80-6.
23. Bartholomew K. Ending nurse-to-nurse hostility: Why nurses eat their young and each other: Hcpro Inc.; 2006.
24. Farrell GA. Aggression in clinical settings: nurses' views—a follow up study. *J Adv Nurs.* 1999;29(3):532-41.
25. Lash AA, Kulakaç O, Buldukoglu K, Kukulu K. Verbal abuse of nursing and midwifery students in clinical settings in Turkey: 1. *The Journal of nursing education.* 2006;45(10):396.
26. Stanley KM, Dulaney P, Martin MM. Nurses "eating our young"—It has a name: Lateral violence. *S C Nurse.* 2007;14(1):17-8.
27. Embree JL, White AH. Concept analysis: nurse-to-nurse lateral violence. *Nurs Forum (Auckl).* 2010;45(3):166-73.
28. Thomas SP, Burk R. Junior nursing students' experiences of vertical violence during clinical rotations. *Nurs Outlook.* 2009;57(4):226-31.
29. Tinsley C, France NEM. The trajectory of the registered nurse's exodus from the profession: a phenomenological study of the lived experience of oppression. *International Journal for Human Caring.* 2004;8(1):8-12.
30. Freshwater D. Crosscurrents: against cultural narration in nursing. *J Adv Nurs.* 2000;32(2):481-4.
31. Randle J. Bullying in the nursing profession. *J Adv Nurs.* 2003;43(4):395-401.

## Oppression in Nursing Profession and The Way of its Management

Dinmohammadi MR<sup>1</sup>, Hushmand A.<sup>2</sup>, Cheraghi MA.<sup>3</sup>, Peyrovi H.<sup>4</sup>

Submitted: 2012.11.6

Accepted: 2013.2.5

### Abstract

**Background:** Oppression as a phenomenon experienced by most of nurses might have a background in the historical, social, cultural, political and economic structures of a country. This study aimed to criticize and explore the phenomenon of oppression in nursing literature in order to find an explanation to manage the problem.

**Materials & Methods:** A literature review was conducted by performing a search on scientific databases (Pub Med, CINAHL & Ovid) using the key terms such as “nurse/ nursing”, and “oppression” systematically. Eventually 31 articles published during recent two decades were selected to get reviewed.

**Results:** In this study, there has been an effort to define the terminology of oppression's concepts and its historical background, attributes, and consequences. Furthermore, this study considered introducing available models and theories and preventive approaches and managing this phenomenon in nursing profession.

**Conclusion:** Hierarchal structures in hospital environment provide conducive conditions for the oppression to emerge. Presence and consistency of the phenomenon and its consequences have irreparable effects on nurses as well as their organization, patients and care quality. Adopting practical and effective strategies in a framework of supportive, informative, and educational actions and managerial policies from authorities and related organizations could create an effective environment, which will result in unity, empowerment and self-confidence of nurses.

**Key words:** Oppression, Nurse/ Nursing, lateral Violence

<sup>1</sup> Assistant Professor, PhD., Nursing and Midwifery School, Zanjan University of Medical sciences, (\*Corresponding author); email:mdinmohammadi@yahoo.com

Phone: +98 241 7272513, Tel: 09123411908, Fax: +98 2417270305, PO Box 448, Zanjan, Iran

<sup>2</sup> Nursing instructor (MSc), Nursing and Midwifery School, Tehran University of Medical Sciences

<sup>3</sup> Assistant Professor, PhD., Nursing and Midwifery School, Tehran University of Medical Sciences

<sup>4</sup> Associate Professor, PhD., Nursing and Midwifery School, Tehran University of Medical Sciences